

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO / FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**Bruno Carvalho Fonseca**

**PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA MUNICIPAL: UMA  
CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PARATY  
(RJ)**

**Paraty  
2022**

Bruno Carvalho Fonseca

**PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA MUNICIPAL: UMA  
CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PARATY  
(RJ)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador(a): Profa. Dra. Claunara Schilling Mendonça

Paraty  
2022

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

### **ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

### **COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

### **DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

Fonseca, Bruno Carvalho

Produção de Serviços de Saúde de Abrangência Municipal: uma contribuição para a gestão da saúde no município de Paraty (RJ) / Bruno Carvalho Fonseca. -- 2022.

41 f.

Orientadora: Claunara Schilling Mendença.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Especialização em Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Condições Sensíveis à Atenção Primária. 4. Indicadores Básicos de Saúde. 5. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. I. Schilling Mendença, Claunara, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

### **Escola de Administração da UFRGS**

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: [gestaoemsaude@ufrgs.br](mailto:gestaoemsaude@ufrgs.br)

Bruno Carvalho Fonseca

**PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA MUNICIPAL: UMA  
CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PARATY  
(RJ)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

**Banca Examinadora**

---

Examinador(a): Ana Carolina Einsfeld Mattos

---

Examinador(a): Patrícia Silva da Silva

---

Orientador(a): Claunara Schilling Mendonça

## RESUMO

**Introdução:** A atenção primária à saúde (APS) é essencial para o melhor funcionamento de um sistema de saúde que buque aprimorar as condições de vida da população, diminuir iniquidades e gerenciar de forma adequada os gastos públicos em saúde.

**Objetivo:** Descrever parte da produção da rede de atenção à saúde do município de Paraty (RJ) no período de janeiro de 2021 a maio de 2022, com especial enfoque à APS.

**Métodos:** Estudo descritivo de caráter exploratório que utilizou dados obtidos referentes à população de Paraty, às internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), à população adscrita à APS do município, ao total de atendimentos médicos realizados na APS, à proporção de equipes de saúde com médico e ao total de atendimentos realizados no serviço de pronto atendimento do Hospital Municipal.

**Resultado:** Observou-se o excessivo uso do serviço de pronto atendimento do hospital evidenciado pelos 92.411 atendimentos em 17 meses em um município de 44.175 habitantes, concomitantemente com a baixa proporção de equipes com médicos na APS, o que colabora para uma reduzida produção de consultas médicas na APS, com o total de 21.351 atendimentos médicos, e uma alta proporção de ICSAP, correspondendo a 22,7% do total de internações no período. Distribuídas em idosos (37,9%), adultos (32,7%) e crianças menores de 14 anos (29,4%), seus grupos mais prevalentes reforçam a fragilidade da rede de atenção, sendo as doenças pulmonares, 18,3%, as infecções de pele, 16,1% e as infecções do trato urinário com 12,7%.

**Conclusão:** O estudo demonstra limitações importantes no acesso à APS e uma atenção concentrada nas condições agudas com internações potencialmente evitáveis. Essas informações, analisadas em séries históricas podem subsidiar a gestão municipal para uma melhor tomada de decisão no SUS do município.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde. Condições Sensíveis à Atenção Primária. Indicadores Básicos de Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

# **MUNICIPALITY PRODUCED HEALTH SERVICES: A CONTRIBUTION TO HEALTH MANAGEMENT IN THE MUNICIPALITY OF PARATY (RJ)**

## **ABSTRACT**

Primary health care (PHC) is essential for the proper functioning of a health system that seeks to improve the living conditions of the population, reduce inequalities and adequately manage public health expenditures. The objective of this study is to describe part of the production of the health care network in the municipality of Paraty (RJ) from January 2021 to May 2022, with a special focus on PHC. This is a descriptive exploratory study that used data obtained referring to the population of Paraty, the hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions (ACSC), the population enrolled in the municipality's PHC, the total number of medical consultations performed in the PHC, the proportion of health teams with a physician and the total number of consultations performed at the Municipal Hospital's emergency service. As a result, the excessive use of the hospital's emergency service was observed, evidenced by the 92,411 consultations in 17 months in a municipality of 44,175 inhabitants, concomitantly with the low proportion of teams with physicians in the PHC, which contributes to the small number of 21,351 medical consultations in PHC, and the high proportion of ACSC admissions, of 22,7% of the total of hospital admissions in the period. Distributed in the elderly (37.9%), adults (32.7%) and children under 14 years of age (29.4%), its most prevalent groups reinforce the fragility of the health care network, with lung diseases, 18.3 %, skin infections, 16.1% and urinary tract infections, 12.7%. It is concluded that the study demonstrates important limitations in access to PHC and that the attention is focused on acute conditions with potentially avoidable hospitalizations. This information, analyzed in historical series, can support municipal management for better decision-making in the municipality's health system.

**Keywords:** Primary Health Care. Health Care Quality, Access, and Evaluation. Health Management. Ambulatory Care Sensitive Conditions. Health Status Indicators.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Distribuição linear mensal dos atendimentos HMHM e dos atendimentos médicos na APS com proporção de equipes de saúde com médico referentes ao município de Paraty (RJ) no período de janeiro de 2021 a maio de 2022

Gráfico 2 – Distribuição mensal das AIH e do total de ICSAP com a proporção de ICSAP em relação ao total de AIHs referentes ao município de Paraty (RJ) no período de janeiro de 2021 a maio de 2022

Gráfico 3 – Total de ICSAP dividida por grupo de CID-10 e faixa etária referentes ao município de Paraty (RJ) no período de janeiro de 2021 a maio de 2022

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – População estimada no ano de 2021, Atendimentos HMHM, AIHs, ICSAP e distribuição por faixa etária, atendimentos médicos na APS, proporção de equipes de saúde com médico e população adscrita do município de Paraty (RJ) estratificada por mês no período de janeiro de 2021 a maio de 2022

Tabela 2 – Total de ICSAP dividida por grupo de CID-10 e faixa etária referentes ao município de Paraty (RJ) no período de janeiro de 2021 a maio de 2022

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|            |   |
|------------|---|
| APS        | Atenção Primária à Saúde  |
| AIH        | Autorização de Internação Hospitalar  |
| CAPS       | Centro de Atenção Psicossocial  |
| CSAP       | Condições Sensíveis à Atenção Primária  |
| CID-10     | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde em sua décima revisão |
| eAB        | Equipe de Atenção Básica  |
| e-GestorAB | Plataforma e-Gestor Atenção Básica  |
| ESF        | Estratégia Saúde da Família   |
| eSF        | Equipe de Saúde da Família  |
| HMHM       | Hospital Municipal Hugo Miranda   |
| ICSAP      | Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária   |
| PACS       | Programa de Agentes Comunitários de Saúde   |
| PNAB       | Política Nacional de Atenção Básica   |
| PMFC       | Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade  |
| PSF        | Programa Saúde da Família   |
| RAS        | Redes de Atenção à Saúde  |
| SISAB      | Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica  |
| SIH/SUS    | Sistema de Informações Hospitalares do SUS  |
| SUS        | Sistema Único de Saúde  |
| UBS        | Unidade Básica de Saúde   |
| UERJ       | Universidade Estadual do Rio de Janeiro   |
| UPA        | Unidade de Pronto Atendimento   |

## SUMÁRIO

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>            | <b>12</b> |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>             | <b>14</b> |
| <b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b> | <b>15</b> |
| <b>4 METODOLOGIA.....</b>            | <b>22</b> |
| <b>5 RESULTADOS .....</b>            | <b>25</b> |
| <b>6 DISCUSSÃO .....</b>             | <b>33</b> |
| <b>7 CONCLUSÃO.....</b>              | <b>39</b> |
| <b>REFRÊNCIAS .....</b>              | <b>40</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior sistema de saúde público do mundo, sendo responsável pelo atendimento de mais de 210 milhões de pessoas (FLACH; RANGEL, 2018; IBGE, 2021a). Sua complexa estrutura é composta por diferentes serviços que formam a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e é dividida em três grandes níveis de atenção. A Atenção Primária à Saúde (APS) é representada principalmente pelos serviços ofertados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A atenção secundária é representada pelos serviços das Policlínicas, dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), do SAMU e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Os serviços de saúde com a maior densidade tecnológica, geralmente formados por hospitais de grande porte, compõem a atenção terciária. (MENDES, 2011).

A APS é o nível de atenção à saúde com maior capilaridade no território nacional e está presente em todos os 5.570 municípios brasileiros (DIAS, 2010; IBGE, 2021), compondo um total de mais de 42 mil postos de saúde (SAPS, 2020). Segundo Barbara Starfield (2006), a APS apresenta quatro componentes fundamentais: ser a responsável pela coordenação do cuidado dos pacientes; ser a principal e prioritária porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde; facilitar a integralidade entre os diferentes pontos da RAS; e a longitudinalidade que corresponde ao cuidado continuado dos usuários ao longo do tempo. Dessa forma, a APS funciona como eixo estrutural e ordenador do sistema de saúde brasileiro, sendo responsável por realizar ações de prevenção, tratamento, cura e reabilitação, o que a permite a resolução de mais de 80% das queixas de saúde da população (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2011; MELO *et al.*, 2018).

Apesar de sua grande capilarização pelo território nacional, a APS não alcança todos os cidadãos brasileiros e apresenta importante assimetria quanto a qualidade e facilidade de acesso dos serviços ofertados em diferentes localidades (TASCA *et al.*, 2020). Dessa forma, faz-se necessário instrumentos capazes de medir a qualidade dos diferentes serviços de saúde para que possamos compreender de forma mais abrangente a real situação dos municípios e regiões do Brasil (MARIANO; NEDEL, 2018).

Diversos instrumentos podem ser utilizados para avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados, dentre eles o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). A Portaria do Ministério da Saúde SAS/ MS nº 221, de 17 de abril de 2008 institui a lista de agravos de saúde considerados como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) que são divididos em 19 grupos e utiliza a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde em sua décima revisão (CID-10) como forma de identificar essas condições (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). As ICSAPS, como o nome diz, evidenciam as internações hospitalares ocorridas em determinado período que potencialmente poderiam ter sido evitadas com a presença de uma APS fortalecida. Dessa forma, pode-se avaliar a eficiência da APS em determinado local e período, por meio de um indicador indireto de assistência hospitalar (SOUSA *et al.*, 2020).

O município de Paraty, no estado do Rio de Janeiro, apresentava no ano de 2022 um total de dez equipes de saúde na APS distribuídas em dez Unidades Básicas de Saúde (UBS). A cidade ainda conta com o Hospital Municipal Hugo Miranda (HMHM), uma policlínica, um CAPS, um centro de especialidades odontológicas, dentre outros serviços de saúde públicos. Esse estudo visa descrever parte da produção da rede de atenção à saúde do município, utilizando a distribuição das ICSAP, apresentando dados referentes aos atendimentos médicos da APS e o total de atendimento realizados no pronto atendimento do HMHM, no período de janeiro de 2021 a maio de 2022.

## **2 OBJETIVO GERAL**

- Descrever a utilização dos serviços de saúde que compõem a atenção primária à saúde e do Hospital Municipal Hugo Magalhães pela população do município de Paraty (RJ) no período de janeiro de 2021 a maio de 2022.

### **2.1 Objetivos Específicos**

- Descrever a distribuição mensal de todos os atendimentos realizados no pronto atendimento no Hospital Municipal Hugo Magalhães de Paraty - RJ no período de janeiro de 2021 a maio de 2022;
- Descrever a distribuição mensal dos atendimentos médicos na APS de Paraty - RJ no período de janeiro de 2021 a maio de 2022;
- Descrever a distribuição de ICSAP por faixa etária e grupo de CID 10 do município de Paraty - RJ no período de janeiro de 2021 a maio de 2022.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A declaração de Alma-Ata de 1978 organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerada um marco histórico para a saúde pública mundial. Nela foi estabelecido que a APS deve ser a ordenadora dos sistemas de saúde visando oferecer coordenação e acesso a uma saúde integral afim de enfrentar iniquidades sociais (GIOVANELLA *et al.*, 2019; WHO, 1978). O movimento da reforma sanitária brasileira, que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 é inspirado pelas mesmas fontes da declaração de Alma-Ata, e defende que o acesso a saúde seja público, universal e gratuito (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Esses movimentos nacionais e globais foram capazes de influenciar a Constituição Brasileira de 1988, que em seu Artigo 196 afirma que a saúde é um direito de todos e dever do estado, ofertando acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (BRASIL, 2016).

O Sistema Único de Saúde foi efetivamente instituído no Brasil a partir da promulgação dos Decretos-Leis nº8080/90 e nº8142/90 de 1990, que delimitam sua organização e a fonte de financiamento. O SUS apresenta como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade e a equidade ao acesso à saúde; e a hierarquização de serviços, assim como sua descentralização e distribuição nos três níveis de atenção, foram implementadas com a intenção de se alcançar esse objetivo (FLACH; RANGEL, 2018). A APS brasileira nos moldes em que conhecemos hoje iniciou seu processo de formação a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Com sua expansão e estruturação, o Programa Saúde da Família (PSF) é lançado em 1994, conseguindo avançar nacionalmente alcançando uma cobertura superior a 60% da população nacional atualmente (SAMPAIO; MENDONÇA; TURCI, 2019).

No ano de 2006 foi lançada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), depois reformulada nos anos de 2011, 2017 e 2019, que ressalta os atributos essenciais da APS (coordenação do cuidado, porta de entrada principal do SUS, longitudinalidade e integralidade) e os atributos secundários de abordagem familiar e comunitária e competência cultural, pela singularidade dos Agentes Comunitários de Saúde e da orientação territorial. A Estratégia Saúde da

Família (ESF) foi instituída pela PNAB de 2006 e substituiu o PSF passando a ser a estratégia norteadora das ações governamentais no âmbito da APS. A ESF reforça o ideal de uma APS de base territorial, com adscrição de clientela, responsabilidade sanitária e próxima às famílias e comunidades (MELO *et al.*, 2018; SAMPAIO; MENDONÇA; TURCI, 2019). Ademais, com a promulgação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, fica determinada a APS como porta de entrada principal e centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Em 2018 ocorreu a Conferência Global sobre a Atenção Primária à Saúde em Astana no Cazaquistão que mais uma vez determinou a APS como eixo estruturante e fundamental para um sistema de saúde que visa combater as iniquidades sociais, o que corrobora o modelo conforme o qual o SUS se desenvolve (GIOVANELLA *et al.*, 2019; WHO, 2018).

Apesar dos avanços da APS, que podem ser exemplificados pelo aumento do número de eSFs nas últimas décadas, passando de 2 mil equipes em 1998 para 43 mil em 2018, o acesso a serviços de saúde por parte da população brasileira segue restrito (TASCA *et al.*, 2020). As modificações na Política Nacional de Atenção Básica ocorridas em 2017 e 2019, com alterações na composição das equipes multiprofissionais, desvalorização do território e incentivo financeiro a outros formatos de equipes diferentes da Estratégia Saúde da Família, resultaram numa redução relativa do número de ESF, pois na competência outubro de 2022 são 43.654 equipes completas, sendo a expansão ocorrida pelas novas modalidades, de equipes incompletas ou com carga horária reduzida, representando 15% do total de equipes no país (KLITZKE, 2022)

Nessa realidade, os usuários do SUS utilizam de estratégias para acessar os serviços que não necessariamente seguem as regras e normatizações elaboradas pelos gestores (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013). Vale ressaltar também que o processo de capilarização da APS e das eSF pelo território nacional ocorre de forma lenta, por vezes desordenada e precarizada, fazendo com que a ESF não alcance os resultados esperados. Com isso, é possível que gestores e a população de regiões onde a implementação da ESF tenha se dado de forma insuficiente a entendam como um serviço de menor importância por não perceberem impactos sobre os indicadores de saúde e a vida da população (CAMPOS; GUERRERO, 2013). O momento do país requer reforços às evidências

acerca da implantação e implementação da atenção primária nos municípios brasileiros, e seu papel na melhor resposta às necessidades de saúde no Brasil.

É esperada uma taxa de resolutividade de aproximadamente 80% em serviços de atenção primária estruturados (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2011). Isso demonstra, que mesmo com a APS em bom funcionamento seguem indispensáveis os demais serviços de saúde com fluxos assistenciais claros em cada serviço da rede de atenção à saúde. Da mesma forma, o bom funcionamento da APS possibilita o descongestionamento do restante da RAS, permitindo que essa funcione melhor e atenda aos usuários que realmente necessitem desses serviços (MENDES, 2011). Por conseguinte, é valoroso para gestores, profissionais e usuários do SUS que a eficiência da APS seja avaliada continuamente. Identificar as reais necessidades e demandas da população através de dados confiáveis possibilita que políticas e ações governamentais sejam efetivas e previnam o desperdício de recursos na saúde (MARIANO; NEDEL, 2018).

Diferentes indicadores de saúde são utilizados como forma de se avaliar o funcionamento dos serviços disponíveis no SUS. Os melhores indicadores, segundo Ferreira *et al.* (2014), são aqueles que subsidiam o planejamento de ações de saúde afim de que políticas públicas sejam adotadas ao analisar os dados que corretamente representam os determinantes do processo saúde e doença de uma população, assim como a facilidade de acesso e a qualidade dos serviços prestados. As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são um indicador que utiliza dados da atividade hospitalar para avaliar indiretamente a efetividade dos serviços prestados na APS, sendo também capaz de avaliar o desempenho dos serviços, programas e políticas de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018). Devido à relevância e a qualidade dos dados revelados por esse indicador, somadas à simplicidade de se obter acesso aos dados necessários para compô-lo, mesmo em localidades com baixa difusão das informações públicas, as ICSAPS foram escolhidas como um dos eixos norteadores desse trabalho.

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são um conjunto de agravos de saúde normalmente organizados em uma lista que acomete os indivíduos e são passíveis de prevenção, tratamento, acompanhamento e controle

pela APS. Assim, o apropriado funcionamento da APS, ao ofertar um serviço de saúde de qualidade, com poder de resolutividade e em tempo oportuno, seria capaz de reduzir significativamente as internações hospitalares por essas causas. Portanto, as ICSAP podem ser entendidas como as internações potencialmente evitáveis que ocorreram devido à falta de assistência de qualidade e em tempo oportuno pela APS (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; MENDONÇA *et al.*, 2018).

As ICSAP são estudadas em diferentes países, no entanto as condições de saúde que compõem o indicador podem sofrer alterações devido às particularidades de cada população e do sistema de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018). A lista brasileira de ICSAP (Quadro 1), composta por 19 grupos de causas de hospitalização e diagnósticos identificados a partir do CID-10, foi oficializada pela Portaria do Ministério da Saúde SAS/ MS nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Constituída a partir de uma revisão de listas utilizadas em estudos nacionais e internacionais, apresenta como marco conceitual o modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano, adaptado às necessidades e características do Brasil (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

**Quadro 1: Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica.**

| Grupo | Diagnóstico  | CID   |
|-------|--|---|
| 1     | Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis | A37, A36, A33 a A35, B26, B06, B05, A95, B16, G00.0, A17.0, A19, A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9, A18, I00 a I02, A51 a A53, B50 a B54, B77 |
| 2     | Gastroenterites infecciosas e complicações               | E86; A00 a A09  |
| 3     | Anemia   | D50   |
| 4     | Deficiências nutricionais                                | E40 a E46; E50 a E64  |
| 5     | Infecções de ouvido, nariz e garganta                    | H66, J00, J01, J02, J03, J06, J31   |
| 6     | Pneumonias bacterianas                                   | J13, J14, J15.3, J15.4, J15.8, J15.9, J18.1   |
| 7     | Asma   | J45, J46  |
| 8     | Doenças pulmonares                                       | J20, J21, J40, J41, J42, J43, J47, J44  |
| 9     | Hipertensão  | I10, I11  |
| 10    | Angina   | I20   |
| 11    | Insuficiência cardíaca                                   | I50, J81  |
| 12    | Doenças Cerebrovasculares                                | I63 a I67; I69, G45 a G46   |

|    |   |  |
|----|---|--|
| 13 | Diabetes mellitus                               | E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1;E13.0, E13.1; E14.0, E14.1 E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8;E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8 E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9 |
| 14 | Epilepsias                                      | G40, G41   |
| 15 | Infecção no rim e trato urinário                | N10, N11, N12, N30, N34, N39.0   |
| 16 | Infecção da pele e tecido subcutâneo            | A46, L01, L02, L03, L04, L08   |
| 17 | Doença inflamatória - órgãos pélvicos femininos | N70, N71, N72, N73, N75, N76   |
| 18 | Úlcera gastrointestinal                         | K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2   |
| 19 | Doenças relacionadas ao pré-natal e parto       | O23, A50, P35.0  |

Fonte: Portaria SAS/MS n. 221, de 17 de abril de 2008.

Diferentes estudos nacionais e internacionais evidenciam a ampliação do acesso a uma APS de qualidade com a redução do número de ICSAP. Pinto e Giovanella (2018) realizaram um estudo ecológico analisando o número de eSF e as ICSAP no SUS ao longo de 16 anos, de 2001 a 2016. Foi constatado uma diminuição de 45% das taxas padronizadas de ICSAP no período, o que ocorreu concomitantemente a uma ampla expansão da ESF pelo território nacional, sugerindo a APS como indutora da redução de ICSAP. Uma revisão sistemática, organizada por Nedel *et. al.* (2010) e que abrangeu estudos de diferentes países publicados até 2008, avaliou as características da APS e sua relação com as ICSAP, evidenciando que os princípios fundamentais da APS associaram-se a um menor risco de se internar por CSAP e reforçando a importância de um modelo de atenção ampliado, não focado apenas em cobertura vacinal e atendimento médico tradicional.

Outro estudo realizou uma coorte onde 1,2 milhões de adultos na cidade do Rio de Janeiro (RJ) foram acompanhados de janeiro de 2012 a dezembro de 2016 afim de se obter dados referentes ao uso da ESF e as ICSAP. Foram analisados mais de 2,5 milhões de consultas na APS, mais de 15 mil ICSAP e ainda 796 reinternações hospitalares com menos de 30 dias da alta – dessas, 484 eram ICSAP. O resultado do estudo demonstrou que a cada consulta realizada na APS o usuário tem seu risco médio de internação por ICSAP reduzido em 3%, e que a chance de reinternação em 30 dias por ICSAP é reduzida em 57% em média. Além disso, realizaram uma comparação entre as pessoas que usaram a APS e as que

não tiveram nenhuma consulta no período, mostrando que os que realizaram entre 4 e 5 consultas tiveram uma probabilidade 18% menor de serem internados por CSAP e os que realizaram de 6 a 9 consultas uma probabilidade 35% menor de necessitar dessas internações quando comparados aos que não realizaram consultas. No entanto, os usuários que realizaram apenas uma consulta na APS no período apresentaram uma taxa de admissão por ICSAP 23% maior. Como conclusão o artigo afirma que a ampliação da ESF no Rio de Janeiro reduziu as ICSAP no período e que a APS é essencial para o fortalecimento do SUS e vem melhorando a saúde da população ao mesmo tempo que reduz as inequidades e permite gerenciar melhor os custos do sistema de saúde (HONE *et al.*, 2022).

Os estudos elencados e uma ampla literatura sobre o tema evidenciam a importância da APS como coordenadora do cuidado, ordenadora do SUS e capaz de promover melhorias na saúde da população, além de corroborar as ICSAP como um indicador válido para a avaliação da acessibilidade e qualidade desse nível de atenção à saúde.

O município de Paraty está localizado ao sul do estado do Rio de Janeiro, possui uma população estimada em 2021 de 44.175 habitantes e pertence a Regional de Saúde da Baía da Ilha Grande (IBGE, 2021). A rede de atenção à saúde do município conta com dez UBSs, associadas a nove eSF e uma equipe de atenção básica (eAB), o Hospital Municipal Hugo Magalhães (HMHM) com 56 leitos e atendimento de urgência e emergência, um centro de reabilitação, uma policlínica, um CAPS, um centro de especialidades odontológica, uma farmácia municipal, um centro de diagnóstico por imagem, um laboratório de análises clínicas, um centro de abastecimento de imunobiológicos, unidade de vigilância em saúde, um serviço de ostomizados, uma unidade autorizadora de tratamento fora do domicílio e com o SAMU (CNES, 2022). Como fonte de renda, o município apresenta o turismo como a principal, sendo os meses de verão e férias escolares os que atraem maior número de visitantes a cidade (LIMA, 2007).

A primeira vez que o município de Paraty possuiu eSF credenciadas ao Ministério da Saúde foi no ano de 2001, quando quatro equipes foram credenciadas no mês de maio. No ano de 2002 quatro novas equipes foram credenciadas, no ano de 2018 uma eSF foi credenciada, totalizando assim as nove eSF presentes

no município e em fevereiro de 2021 foi credenciada a eAB. Destaca-se que o limite de eSF autorizado pelo Ministério da Saúde para o município são de vinte, portanto o município apresenta apenas metade da quantidade de equipes que tem direito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022, 2019). Além disso, o ano de 2022 é marcado como o ano onde a APS passou a receber maior atenção pela gestão municipal, estimulada pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) através de seu projeto de valorização e interiorização do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), o que acarretou a contratação de novos médicos para a APS, a chegada de residentes, um programa de formação continuada dos médicos da APS e o início da reestruturação da RAS do município (SAÚDE, 2022).

Portanto, para otimizar esse início de reestruturação da RAS do município de Paraty, faz-se necessários estudos para compreender as dinâmicas sociais que afetam o uso dos serviços de saúde da cidade, para avaliar os indicadores de saúde e para oferecer subsídios à gestão afim de que esteja bem informada e preparada para a tomada de decisão. Esse estudo é o primeiro realizado nesse contexto e além de levantar informações relevantes, pretende também sugerir hipóteses que necessitarão de estudos futuros, em séries temporais maiores, para que se possa aprofundar em temas específicos da RAS e sejam confirmados e validados seus achados para a melhor tomada de decisões na saúde pública do município.

## 4 METODOS

Trata-se de um estudo descritivo de caráter exploratório que objetiva descrever o uso dos serviços de saúde que compõem a atenção primária à saúde e do pronto atendimento do Hospital Municipal Hugo Magalhães pela população do município de Paraty (RJ) no período de janeiro de 2021 a maio de 2022. Os dados obtidos referem-se à população de Paraty, à ICSAP, à população adscrita à APS do município, ao total de atendimentos médicos realizados na APS, à proporção de equipes de saúde com médico e ao total de atendimento realizados no serviço de pronto atendimento do HMHM.

A população estimada para o ano de 2021 do município de Paraty foi extraída a partir do website oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados secundários relativos às ICSAP e Autorização de Internação Hospitalar (AIH) foram obtidos por meio do uso do programa e função csapAIH desenvolvido por Fulvio Nedel e detalhado em Nedel (2017). O csapAIH utiliza os “arquivos reduzidos” extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e processa as AIHs realizando a conversão dos dados de todas as internações por município de referência, ou seja, internações de usuários de Paraty, internados em qualquer estabelecimento do Estado. Além disso, o programa e função csapAIH identifica quais dos CID-10 registrados nas AIHs correspondem a ICSAP de acordo com a lista brasileira de ICSAP, facilitando assim a extração do número de ICSAP. Para a quantificação de AIHs total são excluídos os grupos de CID-10 relacionados ao parto (CID-10 O80 a O84) por representar desfechos naturais da gestação e não enfermidades, além das internações classificadas como de longa permanência por representarem novas AIHs referentes a uma mesma internação evitando assim a repetição de dados já contabilizados.

Os dados referentes à população adscrita à APS de Paraty foram extraídos dos Relatórios de Cadastros Vinculados, contidos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que por sua vez estão contidos na plataforma e-Gestor Atenção Básica (e-GestorAB) e são dados públicos de livre acesso.

Os dados referentes ao total de atendimentos médicos realizados na APS de Paraty foram extraídos dos Relatórios de Saúde (PRODUÇÃO), contidos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que por sua vez estão contidos na plataforma e-GestorAB e são dados públicos de livre acesso.

Os dados referentes a quantidade de equipes de saúde com médico na cidade de Paraty foram obtidos a partir dos Relatórios de Saúde (PRODUÇÃO), captando-se o quantitativo de atendimentos médicos por equipe de saúde, nas equipes que apresentaram atendimentos médicos a cada mês. A partir dessa informação foi realizado o cálculo para obtenção da proporção (quantidade de equipes com produção médica dividida pelo total de equipes de saúde).

Os dados referentes ao total de atendimentos realizados no serviço de pronto atendimento do HMHM, doravante também referidos como atendimentos HMHM, foram extraídos a partir do software Microsoft Power BI. Esses dados, por sua vez, são obtidos a partir do sistema de informação utilizado internamente no HMHM e chamado TeamMed, que tabula os dados dos usuários atendidos nos serviços de saúde do pronto atendimento do HMHM, cadastrados no sistema interno do hospital. Assim, os atendimentos contabilizados pelo software não refletem apenas os atendimentos médicos, podendo conter também outros serviços ofertados no pronto atendimento, como exames por exemplo. Por limitações do sistema as informações coletadas e disponibilizadas no Microsoft Power BI restringem-se apenas ao período de janeiro de 2021 a maio de 2022, dessa forma, esse estudo utilizou esse intervalo de tempo como limitador para todas as bases de dados utilizadas, afim de se obter informações que representem o mesmo período e permitam comparações.

O acesso as informações contidas no software Microsoft Power BI não são disponibilizadas publicamente e foram concedidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Paraty para a realização desse estudo e sua posterior publicação. O autor solicitou também autorização para a Secretaria de Saúde para conduzir o estudo e utilizar os demais dados, mesmo esses sendo públicos e de livre acesso que foi concedida prontamente.

Utilizou-se o software Google Planilhas para a tabulação dos dados, cálculos e construção dos gráficos de acordo com os objetivos propostos. Os dados

coletados foram distribuídos mensalmente, constituindo uma linha temporal de 17 meses. As ICSAP foram também distribuídas pelos grupos de CID10 e pela faixa etária da população.

Ressalta-se que a pandemia de COVID-19 declarada pela OMS em março de 2020 é um fator presente em todo o período do estudo, de forma que suas diferentes ondas, taxa de transmissão e medidas sociais tomadas por autoridades sanitárias afetam os resultados desse trabalho, pois afetam a utilização dos serviços de saúde (BARCELLOS; XAVIER, 2022)

## 5 RESULTADOS

O estudo extraiu dados referentes ao município de Paraty compreendidos no período de janeiro de 2021 a maio de 2022 que descrevem parte da RAS da cidade a partir das seguintes categorias: a população de Paraty, o total de atendimentos realizados no serviço de pronto atendimento do HMHM, as AIHs, as ICSAP, o total de atendimentos médicos realizados na APS, a proporção de equipes de saúde com médico e a população adscrita à APS do município.

Os dados foram tabulados utilizando as categorias acima destacadas, seus valores agregados mensalmente ao longo dos 17 meses compreendidos pelo estudo a fim de facilitar a compreensão e estão dispostos na tabela 1 abaixo.

Destaca-se entre os atendimentos HMHM sua alta proporção mensal em relação a população da cidade, sendo a média de 12,3%, e tendo no mês de dezembro de 2021 o maior número de atendimentos, totalizando 8.137 o que significa que o equivalente a 18,4% da população total de Paraty foi atendida nesse único mês. Somando-se todos os atendimentos HMHM realizados ao longo dos 17 meses obtém-se um total de 92.411 atendimentos, que correspondem a uma média de 5.435 atendimentos por mês e a média de 177 atendimentos por dia. Da mesma forma, observando-se as proporções em relação a população total da cidade tem-se que durante os 17 meses 209,2% da população foi atendida. Ou seja, o pronto atendimento do hospital atendeu o equivalente a 2,09 vezes cada habitante do município de Paraty ao longo do período estudado.

Observando-se as AIHs, tem-se o mês de maio de 2022 com 251 internações como o maior valor encontrado, enquanto o mês de março de 2022 com 148 internações como o menor valor encontrado. Pode-se extrair a partir dos dados expostos que o total de AIHs no período foi de 3.223 e que a média de internações por mês foi de 190. Entre as AIHs em média 22,7% são compostas por ICAPS, sendo o mês de dezembro de 2021 a maior proporção (29,4%) e o mês de agosto de 2021 a menor proporção (15,4%). Considerando-se o número de ICSAP por mês, o valor encontrado em abril de 2022 (65) corresponde ao

Tabela 1 – População estimada no ano de 2021, Atendimentos HMHM, AIHs, ICSAP e distribuição por faixa etária, atendimentos médicos na APS, proporção de equipes de saúde com médico e população adscrita do município de Paraty (RJ) estratificada por mês no período de janeiro de 2021 a maio de 2022

|   | jan/21            | fev/21            | mar/21            | abr/21            | mai/21            | jun/21            | jul/21            | ago/21            | set/21            | out/21            | nov/21            | dez/21            | jan/22            | fev/22            | mar/22            | abr/22            | mai/22            |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>POPULAÇÃO ESTIMADA 2021</b>  | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            | 44.175            |
| <b>ATENDIMENTOS HMHM</b><br>(proporção em relação à população estimada)           | 5.711<br>(12,9%)  | 4.337<br>(9,8%)   | 5.259<br>(11,9%)  | 4.390<br>(9,9%)   | 4.545<br>(10,3%)  | 4.283<br>(9,7%)   | 4.494<br>(10,2%)  | 5.155<br>(11,7%)  | 5.259<br>(11,9%)  | 5.090<br>(11,5%)  | 5.560<br>(12,6%)  | 8.137<br>(18,4%)  | 7.450<br>(16,9%)  | 4.580<br>(10,4%)  | 6.615<br>(15,0%)  | 5.579<br>(12,6%)  | 5.967<br>(13,5%)  |
| <b>AIHs</b><br>(Total - Excluídos)  | 180               | 163               | 200               | 191               | 222               | 196               | 183               | 188               | 199               | 167               | 162               | 177               | 180               | 180               | 148               | 236               | 251               |
| <b>TOTAL ICSAP</b><br>(proporção em relação às AIHs)                              | 52<br>(28,9%)     | 44<br>(27,0%)     | 39<br>(19,5%)     | 42<br>(22,0%)     | 46<br>(20,7%)     | 42<br>(21,4%)     | 43<br>(23,5%)     | 29<br>(15,4%)     | 43<br>(21,6%)     | 36<br>(21,6%)     | 29<br>(17,9%)     | 52<br>(29,4%)     | 48<br>(26,7%)     | 38<br>(21,1%)     | 32<br>(21,6%)     | 65<br>(27,5%)     | 51<br>(20,3%)     |
| ICSAP 0-4 anos  | 17                | 11                | 10                | 8                 | 8                 | 9                 | 7                 | 7                 | 12                | 7                 | 3                 | 4                 | 8                 | 8                 | 9                 | 26                | 21                |
| ICSAP 5 -14 anos  | 2                 | 2                 | 4                 | 5                 | 3                 | 3                 | 2                 | 0                 | 1                 | 4                 | 2                 | 3                 | 1                 | 2                 | 3                 | 2                 | 1                 |
| ICSAP 15-59 anos  | 17                | 14                | 12                | 16                | 20                | 14                | 16                | 9                 | 11                | 7                 | 15                | 20                | 13                | 15                | 11                | 15                | 14                |
| ICSAP 60 + anos   | 16                | 17                | 13                | 13                | 15                | 16                | 18                | 13                | 19                | 18                | 9                 | 25                | 26                | 13                | 9                 | 22                | 15                |
| <b>ATENDIMENTOS MÉDICOS NA APS</b><br>(proporção em relação à população estimada) | 1.015<br>(2,3%)   | 937<br>(2,1%)     | 1.010<br>(2,3%)   | 669<br>(1,5%)     | 1.202<br>(2,7%)   | 1.302<br>(2,9%)   | 1.179<br>(2,7%)   | 1373<br>(3,1%)    | 978<br>(2,2%)     | 917<br>(2,1%)     | 1.108<br>(2,5%)   | 1.138<br>(2,6%)   | 1.747<br>(4,0%)   | 1.505<br>(3,4%)   | 1.776<br>(4,0%)   | 1.681<br>(3,8%)   | 1.814<br>(4,1%)   |
| <b>PROPORÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE COM MÉDICO</b>                                   | 70%               | 60%               | 50%               | 60%               | 60%               | 80%               | 70%               | 80%               | 60%               | 70%               | 80%               | 80%               | 90%               | 80%               | 100%              | 90%               | 90%               |
| <b>POPULAÇÃO ADSCRITA</b><br>(proporção em relação à população estimada)          | 25.111<br>(56,8%) | 25.499<br>(57,7%) | 28.079<br>(63,5%) | 28.202<br>(63,8%) | 28.378<br>(64,4%) | 28.576<br>(64,7%) | 28.921<br>(65,5%) | 30.228<br>(68,4%) | 31.294<br>(70,8%) | 32.025<br>(72,5%) | 32.712<br>(74,1%) | 33.277<br>(75,3%) | 33.568<br>(76,0%) | 33.650<br>(76,2%) | 33.671<br>(76,2%) | 35.745<br>(80,9%) | 36.082<br>(81,7%) |

Fontes: IBGE, software Microsoft Power BI, SIH/SUS e e-GestorAB

mais elevado, enquanto os dos meses de agosto e novembro de 2021 (29) foram os mais baixos, sendo a média equivalente a 43 ICSAP por mês.

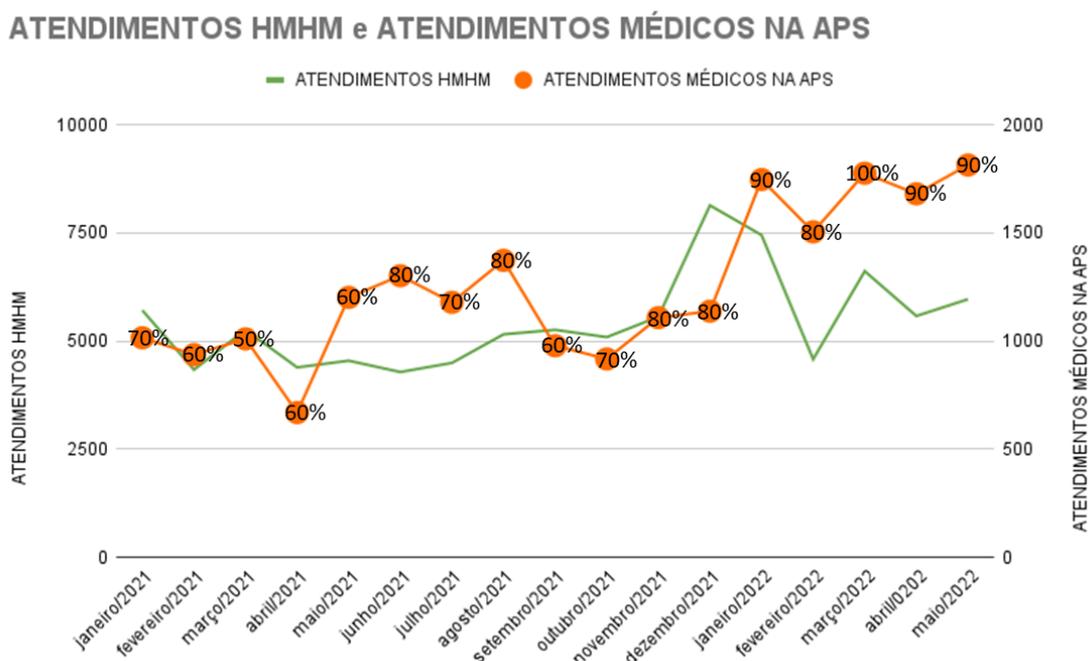
Quanto aos atendimentos médicos na APS encontra-se um total de 21.351 atendimentos no período estudado, o equivalente a 48,3% da população do município. A média mensal corresponde a 1.256 atendimentos correspondendo a 2,8% da população total. O mês de maio de 2022 foi o mês com maior número de atendimentos médicos na APS com 1814 atendimentos, enquanto o mês de abril de 2021 foi o de menor número desses atendimentos com 669. Quanto a proporção de equipes de saúde com médico, nota-se que março de 2021 apresentou a menor proporção com 50% das equipes com médico, enquanto em março de 2022 100% das equipes possuíam esse profissional, o que corresponde ao mês com maior valor encontrado. Ademais, nota-se um crescimento persistente da população adscrita cadastrada na APS ao longo do período analisado mesmo sem que houvesse ampliação do número de eSF do município, passando de 25.111 para 36.082 pessoas cadastradas após os 17 meses descritos nessa análise.

Faz-se importante ressaltar para a correta interpretação dos dois gráficos seguintes (Gráfico 1 e Gráfico 2) que em sua elaboração foram utilizados valores de referências diferentes nos dois eixos verticais (à direita e à esquerda dos gráficos), afim de se permitir a melhor visualização e comparação dos dados que possuem grandezas diferentes.

O gráfico 1 ilustra a distribuição do número de atendimentos totais realizados no serviço de pronto atendimento do HMHM, a distribuição total de atendimentos médicos realizados na APS do município de Paraty e a proporção de equipes de saúde da APS com médicos no período do estudo. A partir do gráfico 1 se nota um crescimento acentuado no número de atendimentos HMHM nos meses de dezembro de 2021 e janeiro de 2022 que não é sustentado nos meses subsequentes, quando os valores se aproximam novamente da média mensal. O intervalo de janeiro a maio corresponde aos únicos meses representados mais de uma vez no período descrito. Ao analisar a direção das retas que compõem o gráfico de atendimentos HMHM, evidencia-se que cada segmento apresenta a mesma inclinação no intervalo de meses que se repete, ou seja, de janeiro para fevereiro a reta representa uma redução, de fevereiro para março, um aumento, de

março a abril nova redução e de abril a maio, novo aumento. Além disso, o mês que apresenta a maior quantidade de atendimentos HMHM nesses períodos correspondentes é janeiro, nos dois anos avaliados.

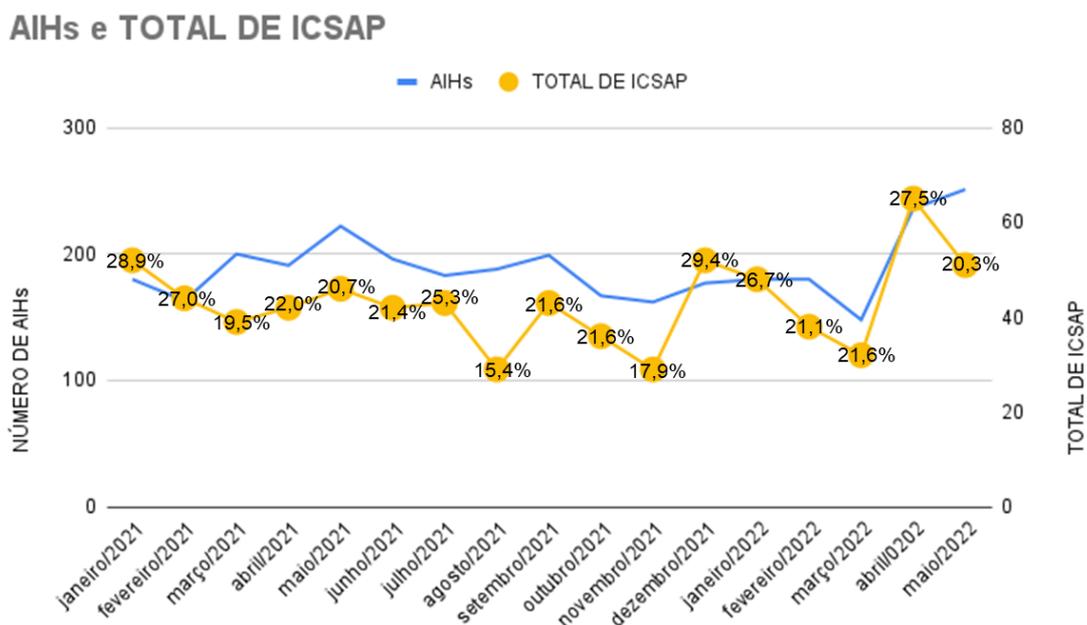
Grafico 1 – Distribuição linear mensal dos atendimentos HMHM e dos atendimentos médicos na APS com proporção de equipes de saúde com médico referentes ao município de Paraty (RJ) no período de janeiro de 2021 a maio de 2022



Fonte: Software Microsoft Power BI e e-GestorAB

O número de atendimentos médicos na APS apresentou um crescimento no período estudado, no entanto, esse crescimento não se deu de forma constante, apresentando aumentos e diminuições ao longo do período. Nota-se que os meses de janeiro a maio de 2022 são os últimos meses da amostra e os que apresentam os maiores números de atendimentos ao mês, sendo os únicos com mais de 1500 atendimentos. Dos 7 meses com mais atendimentos médicos na APS, todos apresentavam proporção de equipes com médico de 80% ou mais, no entanto, não é possível observar uma correlação direta entre o número de equipes com médico e o número de atendimentos médicos realizados na APS.

Gráfico 2 – Distribuição mensal das AIH e do total de ICSAP com a proporção de ICSAP em relação ao total de AIHs referentes ao município de Paraty (RJ) no período de janeiro de 2021 a maio de 2022



Fonte: SIH/SUS

O gráfico 2 ilustra a distribuição mensal de AIHs e de ICSAP também representando a proporção das ICSAP em relação ao total de AIHs. Evidencia-se um aumento do número de AIHs nos meses de abril e maio do ano de 2022 em relação aos meses anteriores. Ao mesmo tempo, o número de AIHs dos meses de março, abril e maio de 2021 também se apresentam maiores que os meses anteriores dentro da amostra estudada. Ademais, nos meses de dezembro de 2021 e janeiro de 2022 o número de AIHs encontra-se menor que a média do período analisado. Esses dados não correspondentes ao de número de atendimentos HMHM. Assim, o HMHM realizou mais atendimentos nos meses de dezembro e janeiro, porém sem um aumento correspondente no número de internações hospitalares. Da mesma forma, quando o número de atendimentos HMHM diminui a partir de fevereiro, o número de AIHs aumenta. Apesar do curto intervalo utilizado pelo estudo é possível observar que esse padrão ocorre nos dois períodos presentes na amostra (janeiro a maio de 2021 e janeiro de 2022 a maio de 2022).

Nota-se oscilação mensal no total de ICSAP no período, o que impossibilita a identificação de padrões e também não permite observar correspondência entre

o total de ICSAP e o número de AIHs. No entanto, o total de ICSAP e a proporção de ICSAP em relação ao total de AIHs apresentam correspondências entre seus valores mensais no período estudado.

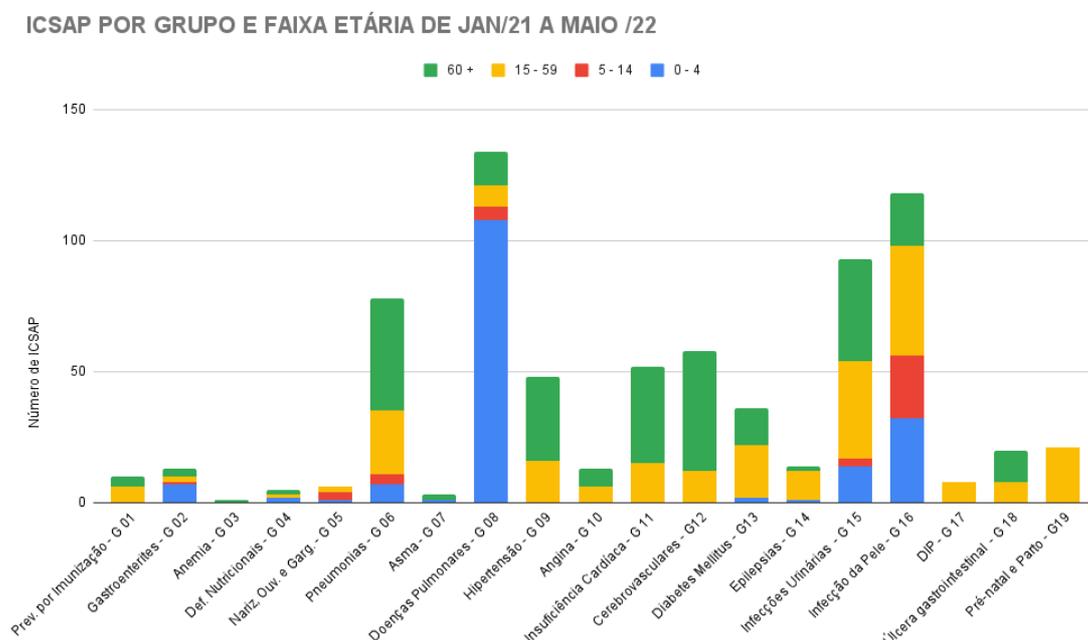
Tabela 2 – Total de ICSAP dividida por grupo de CID-10 e faixa etária referentes ao município de Paraty (RJ) no período de janeiro de 2021 a maio de 2022

| Grupo por CID-10  | Faixa Etária   |              |                |                | Total       |
|---|----------------|--------------|----------------|----------------|-------------|
|   | 0 - 4 anos     | 5 - 14.      | 15 - 59        | 60 +           |             |
| G 01 - Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis | 0              | 0            | 6              | 4              | 10 (1,4%)   |
| G 02 - Gastroenterites infecciosas e complicações               | 7              | 1            | 2              | 3              | 13 (1,8%)   |
| Anemia - G 03   | 0              | 0            | 0              | 1              | 1 (0,1%)    |
| G 04 - Deficiências Nutricionais                                | 2              | 0            | 1              | 2              | 5 (0,7%)    |
| G 05 - Infecções de ouvido, nariz e garganta                    | 1              | 3            | 2              | 0              | 6 (0,8%)    |
| G 06 - Pneumonias bacterianas                                   | 7              | 4            | 24             | 43             | 78 (10,7%)  |
| G 07 - Asma   | 1              | 0            | 0              | 2              | 3 (0,4%)    |
| G 08 - Doenças Pulmonares                                       | 108            | 5            | 8              | 13             | 134 (18,3%) |
| G 09 - Hipertensão  | 0              | 0            | 16             | 32             | 48 (6,6%)   |
| G 10 - Angina   | 0              | 0            | 6              | 7              | 13 (1,8%)   |
| G 11 - Insuficiência Cardíaca                                   | 0              | 0            | 15             | 37             | 52 (7,1%)   |
| G12- Doenças Cerebrovasculares                                  | 0              | 0            | 12             | 46             | 58 (7,9%)   |
| G13 - Diabetes Mellitus   | 2              | 0            | 20             | 14             | 36 (4,9%)   |
| G 14 - Epilepsias   | 1              | 0            | 11             | 2              | 14 (1,9%)   |
| G 15 - Infecção no rim e trato urinário                         | 14             | 3            | 37             | 39             | 93 (12,7%)  |
| G 16 - Infecção da pele e tecido subcutâneo                     | 32             | 24           | 42             | 20             | 118 (16,1%) |
| G 17 - Doença inflamatória - órgãos pélvicos femininos          | 0              | 0            | 8              | 0              | 8 (1,1%)    |
| G 18 - Úlcera gastrointestinal                                  | 0              | 0            | 8              | 12             | 20 (2,7%)   |
| G19 - Doenças relacionadas ao pré-natal e parto                 | 0              | 0            | 21             | 0              | 21 (2,9%)   |
| <b>Total</b>  | 175<br>(23,9%) | 40<br>(5,5%) | 239<br>(32,7%) | 277<br>(37,9%) | 731         |

Fonte: SIH/SUS

A tabela 2 detalha o total de ICSAP do período estudado distribuídos pelos 19 grupos de CID-10 que compõe a lista de ICSAP e os estratifica em quatro faixas etárias. A partir dessa tabela foi construído o gráfico 3 que contém as mesmas informações. Por isso a tabela 2 e o gráfico 3 serão abordados conjuntamente no estudo.

Gráfico 3 – Total de ICSAP dividida por grupo de CID-10 e faixa etária referentes ao município de Paraty (RJ) no período de janeiro de 2021 a maio de 2022



Fonte: SIH/SUS

Do total de 731 ICSAP do estudo, 175 (23,9%) estavam na faixa etária de 0 a 4 anos, 40 (5,5%) na faixa etária de 5 a 14 anos, 239 (32,7%) tinham entre 15 e 59 anos e 277 (37,9%) tinham 60 anos ou mais. Quanto aos grupos de CID-10 nota-se que G08, doenças pulmonares, G16, infecção de pele e tecido subcutâneo e o G15, infecção do rim e trato urinário, correspondem a 18,3%, 16,1% e 12,7% respectivamente e são três grupos mais prevalente na amostra.

Das 175 ICSAP nas crianças de 0 a 4 anos, 108 (61,7%) se referem apenas as causas do G08, enquanto 32 (18,3%) se referem ao G16 e 14 (8%) ao G15, o que significa que apenas esses três grupos de CID-10 correspondem a 88% desse total.

A faixa etária de 5 a 14 anos é que menos apresentou ICSAP no período, compondo um total de 40 internações. O G16, referente a infecção de pele e tecido subcutâneo, corresponde 60% desse total o que representa 24 internações, sendo o grupo mais prevalente para essa faixa etária. Além disso, apenas 6 grupos de

CID-10 apresentaram internações (G02, G05, G06, G08, G15 e G16), enquanto os outros 13 grupos não apresentaram nenhuma internação no período avaliado.

Entre as pessoas de 15 a 59 anos nota-se uma maior distribuição das ICSAP entre os grupos de CID10 nessa faixa etária quando comparada as duas faixas etárias anteriores. Os cinco grupos de maior prevalência nessa faixa etária em ordem decrescente são: G16 – infecção de pele e tecido subcutâneo – com 42 (17,6%) internações, G15 – infecção do rim e trato urinário – com 37 (15,4%), G06 – pneumonias bacterianas – com 24 (10%), G19 – doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto – com 21 (8,8%) e G13 – diabetes mellitus – com 20 (8,4) somando 144 internações o que significa 60,3% das 239 ICSAP dessa faixa etária.

A distribuição das 277 ICSAP entre os grupos de CID10 na faixa etária de pessoas com 60 anos ou mais também é mais ampla que a das duas primeiras analisadas. Os cinco grupos de CID10 de maior prevalência nessa faixa etária compõem 71,1% das ICSAP o que equivale a 197 internações, dessas, o G12 – doenças cerebrovasculares – corresponde a 46 (16,6%), o G06 – pneumonias bacterianas – a 43 (15,5%), o G15 – infecção do rim e trato urinário – a 39 (14,1%), o G11 – insuficiência cardíaca – a 37 (13,4%) e o G09 – hipertensão – a 32 (11,6%).

## 6 DISCUSSÃO

O total de atendimentos HMHM realizados no período analisado foi 2,09 vezes maior que a população estimada para o município de Paraty que é de 44.175 habitantes, correspondendo ao um total de 92.411 atendimentos em 17 meses. Durante o mesmo período o total de atendimentos médicos na APS foi de 21.351. Assim, o serviço de pronto atendimento do HMHM realizou 4,33 vezes mais atendimentos que todos os médicos da APS somados, o que significa que os médicos da APS correspondem por apenas 18,8% dos atendimentos. Ressalta-se ainda que a cidade conta com outros serviços de saúde como a Policlínica e o CAPS, que também ofertam consultas médicas, o que significa que a proporção de atendimentos médicos da APS levando-se em conta todos os serviços médicos ofertados é ainda menor. Esses dados sinalizam um provável protagonismo excessivo da atenção do especialista focal no município de Paraty. O que, segundo Caminal-Homar e Casanova-Mututano (2003), referem decorrer da baixa resolutividade da APS, seja pela dificuldade de acesso aos serviços ou pela ineficiência dos mesmos. Ademais, nota-se que a APS não está funcionando como porta de entrada principal do SUS, visto a baixa proporção de atendimentos médicos em relação ao total, o que potencialmente desarticula a RAS.

A grande oscilação na proporção de equipes de saúde com médico é notória a partir dos dados coletados, tendo o mês de março de 2021 com apenas 50% das equipes da APS possuindo médico e o mês de março de 2022 como o único onde todas as dez equipes podiam contar com tal profissional. Essa grande oscilação pode indicar um baixo poder de fixação do profissional médico na APS do município de Paraty, comprometendo sobremaneira a longitudinalidade, mas também todos os demais atributos da APS e conseqüentemente a qualidade dos serviços prestados. Segundo Mendonça (2016) a fixação de profissionais de saúde na mesma equipe foi avaliada em diferentes estudos e países, sendo capaz de aumentar significativamente a qualidade dos serviços ofertados, e diminuir as ICSAP. Dessa forma, sugere-se ao município que estudos sejam conduzidos afim de se identificar os fatores que dificultam a fixação desse profissional, com o intuito de que sejam otimizadas as condições de trabalho buscando a maior fixação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, na APS do município. Além disso,

a frequente falta de médico na APS deve ser um dos fatores que levam a população a acessar o HMHM com tanta frequência, perdendo a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e provavelmente aumentando os custos para o sistema de saúde. O que está alinhado com o estudo de Hone *et al.* (2022) que concluiu que uma APS forte é capaz de promover melhores resultados de saúde ao mesmo tempo que aumenta a equidade e otimiza os gastos públicos.

Os meses referentes ao ano de 2022 mostram uma maior proporção de equipes com médicos e uma média de atendimentos médicos por mês na APS também maior, o que mostra, como já esperado, certa correlação entre essas variáveis. Além disso, o ano de 2022 é marcado como um ano onde a APS passou a receber maior atenção pela gestão municipal, estimulada pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) através de seu projeto de valorização e interiorização do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), o que acarretou a contratação de novos médicos, a chegada de residentes, um programa de formação continuada dos médicos da APS e o início da reestruturação da RAS do município (SAÚDE, 2022). Não é possível afirmar correlação entre a implementação do PRMFC e qualquer uma das variantes descritas nesse trabalho, no entanto, espera-se que a implementação do programa desencadeie expressivos avanços à APS de Paraty e a saúde da população local como um todo e recomenda-se estudos vindouros afim de se analisar os impactos do programa.

Embora o período da análise tenha sido curto, o que impossibilita a realização de inferências precisas, é perceptível, como descrito nos resultados, que o número de atendimentos HMHM cresce nos meses de dezembro e janeiro, enquanto, o número de AIHs se mantêm estável e abaixo da média. A partir de fevereiro, os atendimentos HMHM caem e o número de AIHs aumentam, a segunda, se elevando principalmente após março. Ademais, essa dinâmica na variação dos valores de atendimentos HMHM e AIHs podem ser percebidas nos dois ciclos que vão de janeiro a maio que fazem parte do intervalo temporal descrito. Uma hipótese para esse movimento pode ser a de que o turismo, por ser uma das principais fontes de renda dos habitantes de Paraty e se intensificar nos meses de dezembro e janeiro, pode ser o responsável pelo aumento dos atendimentos HMHM notados, visto que o número de pessoas na cidade cresce muito.

Simultaneamente, a população de Paraty tem todos os anos nesses dois meses uma grande oportunidade de emprego e fonte de renda, o que pode provocar uma quantidade excessiva de trabalho e conseqüente falta de tempo em grande parte da população para se dedicar ao cuidado e medidas de promoção, prevenção e acompanhamento de saúde, desencadeando assim a descompensação de doenças de base ou até o surgimento de novos agravos de saúde que passarão a ser tratados apenas após a alta temporada turística, justificando o aumento do número de AIHs observado nos meses seguintes. Apesar da correspondência entre as curvas dos períodos de janeiro a maio de 2021 e de 2022, nota-se que os valores absolutos de atendimentos HMHM mensal em cada um desses anos é consideravelmente diferente. Tal fato provavelmente deve-se a onda de contaminação ocasionada pela variante Ômicron do COVID-19, iniciada no Brasil em dezembro de 2021 e se estendendo até o mês de março de 2022, o que gerou grande fluxo de pessoas aos serviços de saúde (BARCELLOS; XAVIER, 2022). Todavia, salienta-se que as explicações apresentadas são apenas hipóteses e estudos futuros com séries temporais mais longas e aferições de dados referentes a presença de turismo na cidade de Paraty necessitam ser realizados afim de se identificar os fatores que justifiquem às flutuações nos números de atendimentos e internações hospitalares do município.

Quanto às ICSAP, vale ressaltar que um único estudo relativo a esse indicador havia sido publicado até a elaboração desse trabalho tendo como referência a população e o município de Paraty, no entanto o autor não teve acesso ao estudo na íntegra e, portanto, não pôde utilizá-lo como referência na elaboração desse trabalho. Afim de comparação com os resultados encontrados nesse estudo quanto às ICSAP o autor selecionou estudos de base municipal e estadual. O primeiro, conduzido por Zirr (2022), utilizou o município de Gramado – RS como referência e analisou as ICSAP entre janeiro de 2015 e dezembro de 2021. O segundo, elaborado por Mendonça e Albuquerque (2014) utilizou o estado de Pernambuco para analisar as ICSAP ocorridas entre 2008 e 2012. O terceiro, foi produzido por Ferreira *et al.* (2014) e analisa as ICSAP de uma das regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2008 a 2010.

Acessando os dados da SIH/SUS referentes ao município de Paraty foram identificados 3223 AIHs, dessas 731 eram ICSAP, o que corresponde a 22,7% do

total. O resultado encontrado no estudo de Zirr (2022) foi uma média de 22% de ICSAP entre as AIHs em Gramado, no estudo de Mendonça e Albuquerque (2014) o estado de Pernambuco apresentou 19,7% como média e Ferreira *et al.* (2014) encontrou uma média de 18,6% na região de saúde do estado de São Paulo estudada. Faz-se importante salientar que os dois estudos com menores médias de ICSAP entre as AIHs apresentam resultados apenas até os anos de 2012 e 2010 respectivamente, portanto, espera-se que esses valores, se atualizados sejam ainda menores devido a expansão e aprimoramento da ESF. No entanto, independentemente dessa atualização de valores das proporções de ICSAP, o município de Paraty é o que apresenta a maior média de ICSAP entre as AIHs. O que, segundo Mendonça (2016), pode estar relacionado a uma pior oferta de serviços de APS, seja pela baixa qualidade e resolutividade dos serviços prestados, seja pela dificuldade de acesso, entre outras possíveis causas. No entanto, foi verificado em alguns estudos nacionais e internacionais que, ao ampliar o acesso à APS, o que ocorreu somente em 2022 em Paraty, aumenta-se as taxas de ICSAP pelo desvelamento de uma população que antes não tinha suas necessidades identificadas (GONÇALVES *et al.*, 2016; SAHA *et al.*, 2007).

Analisando as ICSAP por faixas etárias percebe-se que de janeiro de 2021 a maio de 2022 em Paraty houve 175 (23,9%) na faixa etária de 0 a 4 anos, 40 (5,5%) entre 5 e 14 anos, 239 (32,7%) entre 15 e 59 anos e 277 (37,9%) apresentavam 60 anos ou mais. Apenas os estudos realizados em Gramado e em uma regional de saúde de São Paulo apresentam dados comparáveis, de forma que em São Paulo apenas 8,2% das ICSAP ocorreram em crianças de 0 a 4 anos e em Gramado apenas 6,7% ocorreram nessa faixa etária. Enquanto que em pessoas acima de 60 anos a regional de São Paulo apresentou 46,6% das ICSAP nessa faixa etária e Gramado apresentou 57,6%. Esses dados evidenciam que as ICSAP em Paraty apresentam padrões diferentes das demais cidades quanto às faixas etárias extremas (FERREIRA *et al.*, 2014; ZIRR, 2022). A proporção de crianças de 0 a 4 anos em Paraty é muito maior que a dos demais territórios usados na comparação e estudos futuros são recomendados afim de se compreender e buscar possíveis soluções para essa proporção muito alta de internações para a faixa etária, que, via de regra, apresentam condições de saúde atribuídas ao cuidado na APS.

Quanto aos grupos de CID-10 que subdividem as ICSAP o município de Paraty durante o período analisado apresentou 18,3% dessas internações referentes ao G08 (doenças pulmonares), 16,1% ao G16 (infecções de pele e tecido subcutâneo), 12,7% ao G15 (infecções do rim e trato urinário), 10,7% ao G06 (pneumonias bacterianas) e 8% referentes ao G12 (doenças cerebrovasculares), sendo esse os cinco grupos mais prevalentes. Desses, o G15 (infecções do rim e trato urinário) é o único grupo de CID-10 também presente como um dos cinco mais prevalentes nos três outros estudos utilizados para fins comparativos.

Ressalta-se ainda o G8 (doenças pulmonares) que em Paraty apresentou proporção muito grande entre as ICSAP, sendo o grupo mais prevalente com 134 casos, especialmente na faixa etária de 0 a 4 anos que concentrou 80,6% deles. Dados esses destoantes dos demais estudos analisados aqui e que trazem questionamentos sobre a fidedignidade deles, levantando a hipótese de erro no preenchimento do CID-10 no momento da internação como um fator confundidor. A pequena quantidade de ICSAP relacionadas ao G06 (pneumonias bacterianas) e G07 (asma) nessa faixa etária corroboram essa hipótese, no entanto, novos estudos para esse fim específico necessitam ser realizados. Por outro lado, se esses dados forem realmente fidedignos, fica evidente a necessidade de intervenções focadas nos agravos de saúde das doenças pulmonares na faixa etária de 0 a 4 anos.

Entre as diferentes faixas etárias, as pessoas com 60 anos ou mais no município de Paraty apresentaram no período estudado uma maior proporção das ICSAP causadas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), conforme esperado, sendo as doenças cérebro vasculares (G12), a insuficiência cardíaca (G11) e a hipertensão (G09) as mais prevalentes. Esses dados estão em conformidade com a tripla carga de doenças esperadas para a população brasileira e ressaltam a importância de se prover cuidados em saúde com enfoque preventivo e não apenas curativo (MENDES, 2011).

Por fim, faz-se importante ressaltar que múltiplos fatores como os sociais, econômicos, demográficos, raciais, ambientais, dentre outros, afetam a qualidade de vida e a saúde da população. Assim, uma APS, mesmo que extremamente qualificada e resolutiva, jamais será capaz de suprir todas as demandas de saúde

da população, mesmo que levemos em consideração a coordenação do cuidado e a integralidade com os demais pontos da RAS. Similarmente, todos esses fatores citados acima também tem o potencial de alterar a proporção de ICSAP dentre todas as internações. Com isso, é necessário entender que as variações nas ICSAP ao longo do tempo, ou em diferentes territórios e populações não ocorrem apenas pela melhora ou piora dos serviços de APS e sim por uma gama de determinantes sociais de saúde que afetam a vida de todos os indivíduos de forma diferente, sugerindo que indicadores sociodemográficos e da qualidade da APS sejam incluídos nos estudos sobre o comportamento e as tendências das ICSAP.

## 7 CONCLUSÃO

Esse estudo descreveu informações acerca da APS do município de Paraty (RJ) no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2022. Para tal, foram utilizados dados referentes a própria APS, como número de consultas médicas realizadas e proporção de equipes com médico, ao mesmo tempo que foram utilizados os dados dos atendimentos no pronto atendimento do HMHM, das internações hospitalares e das ICSAP com o intuito de se expandir a compressão desses serviços e sua interrelação com a APS.

O frequente uso das instalações hospitalares evidenciada pelos 92.411 atendimentos HMHM, concomitantemente com a baixa proporção de médicos na APS, ao diminuto número de atendimentos médicos na APS e a alta proporção de ICSAP entre as AIHs são fatores que evidenciam a baixa efetividade da APS no município de Paraty. Entre as ICSAP notou-se comportamento consideravelmente diferente entre os dados de Paraty e dos outros territórios utilizados para fins comparativos, destacando a alta prevalência de doenças pulmonares entre crianças de 0 a 4 anos. O estudo também percebeu padrões na variação dos atendimentos HMHM e das AIHs, que podem estar relacionadas ao importante fluxo de turistas que a cidade recebe em meses específicos.

O estudo levantou e organizou dados do município de Paraty referentes aos serviços de saúde, o que permite a percepção de padrões e características que permitem a formulação de variadas hipóteses. No entanto, devido ao curto período analisado, essas informações não podem ser extrapoladas e, portanto, não é possível a partir desse estudo comprovar ou refutar tais hipóteses. Assim, esse trabalho pretende ser catalisador para que outros sejam realizados afim de se compreender de forma ainda mais profunda a APS paratiense.

Por fim, uma APS forte e resolutiva é a base para se alcançar um sistema de saúde eficiente, capaz de melhorar a saúde da população, reduzir iniquidades e otimizar gastos públicos. Esse estudo descreve a APS do município de Paraty (RJ), expondo evidentes fragilidades desse nível de atenção afim de conscientizar a população acerca da necessidade de melhoria desses serviços e estimular os gestores de saúde executarem as melhorias necessárias à APS paratiense.

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 25, p. 1337–1349, jun. 2009.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. **Atenção primária integral à saúde: indicadores para a avaliação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. v. s.n., . Disponível em: [http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca\\_home/Atencao%20Primaria%20Integral%20a%20Saude.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/Atencao%20Primaria%20Integral%20a%20Saude.pdf). Acesso em: 14 nov. 2022.

BARCELLOS, C.; XAVIER, D. R. As diferentes fases, os seus impactos e os desafios da pandemia de covid-19 no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 221–226, 30 jun. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional Promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, p. 70, abr. 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html). Acesso em: 14 nov. 2022.

CAMINAL HOMAR, J.; CASANOVA MATUTANO, C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **Atencion Primaria**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 61–65, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. ;; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 3ªed. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2013.

CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS, M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 22, p. 377–388, jun. 2013.

CNES. Consulta Estabelecimento - Parati - Administração Pública. 2022. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 16 nov. 2022.

DIAS, R. H. Eficiência da atenção primária à saúde nos municípios brasileiros. Accepted: 2011-06-14T16:53:26Z, 30 abr. 2010. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/8364>. Acesso em: 15 nov. 2022.

FERREIRA, J. B. B. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 23, p. 45–56, mar. 2014.

FLACH, A. C.; RANGEL, A. G. SUS: breve conjuntura jurídica, social e contemporânea do maior sistema de saúde pública do mundo. **Revista Aporia Jurídica**, [S. l.], v. 1, n. 10, 13 dez. 2018. Disponível em: <https://phantomstudio.com.br/index.php/aporiajuridica/article/view/168>. Acesso em: 15 nov. 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35(3), p. e00012219, 25 mar. 2019.

GONÇALVES, M. R. *et al.* Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. **Family Practice**, [S. l.], v. 33, n. 3, p. 238–242, 1 jun. 2016.

HONE, T. *et al.* Expansion of primary healthcare and emergency hospital admissions among the urban poor in Rio de Janeiro Brazil: A cohort analysis. **The Lancet Regional Health – Americas**, [S. l.], v. 15, 1 nov. 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00180-6/fulltext?dgcid=raven\\_jbs\\_etoc\\_email&s=08](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00180-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email&s=08). Acesso em: 16 nov. 2022.

IBGE. Cidades e Estados. 2021a. **BRASIL**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>. Acesso em: 14 nov. 2022.

IBGE. Paraty. 2021b. Brasil. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/paraty/panorama>. Acesso em: 14 nov. 2022.

KLITZKE, D. A capitação ponderada veio para ficar? 2022. **Atenção Primária à Saúde no SUS - Blog Segundeira da APS**. Disponível em: <https://atencaoprimaria.com.br/a-capitacao-ponderada-veio-para-ficar/>. Acesso em: 25 nov. 2022.

LIMA, T. C. G. **Moradores e turistas**: significado e impacto do turismo em Paraty/RJ. 2007. 145 f. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

MARIANO, T. S. O.; NEDEL, F. B. Hospitalização por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos de idade em Santa Catarina, 2012: estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 27, 21 set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/rj/ress/a/BsVvGKjsRX9zsN3S5S4g9sz/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2022.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. spe1, p. 38–51, set. 2018.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

MENDONÇA, C. S. *et al.* A Utilização do Indicador Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 610.

MENDONÇA, C. S. **Internações por condições sensíveis à atenção primária e qualidade da saúde da família em Belo Horizonte/Brasil**. 2016. 165 f. Tese de Doutorado – UFRGS, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/148133>. Acesso em: 23 nov. 2022.

MENDONÇA, S. S.; ALBUQUERQUE, E. C. de. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 23, p. 463–474, set. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Histórico de Cobertura - APS. 2022. **e-Gestor AB**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPS Cadastro.xhtml>. Acesso em: 16 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Histórico do quantitativo de quipes e serviços custeados. 2019. **e-Gestor AB**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>. Acesso em: 16 nov. 2022.

NEDEL, F. B. *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 61–75, mar. 2010.

NEDEL, F. B. csapAIH: uma função para a classificação das condições sensíveis à atenção primária no programa estatístico R\*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 26, p. 199–209, mar. 2017.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, p. 1903–1914, jun. 2018.

SAHA, S. *et al.* Are Preventable Hospitalizations Sensitive to Changes in Access to Primary Care? The Case of the Oregon Health Plan. **Medical Care**, [S. l.], v. 45, n. 8, p. 712–719, 2007.

SAMPAIO, L. fernando R.; MENDONÇA, C. S.; TURCI, M. A. Atenção primária a saúde no Brasil. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 2v, p. 50–65.

SAPS. Desempenho da Atenção Primária à Saúde no Brasil é alvo de pesquisa inédita. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10136>. Acesso em: 14 nov. 2022.

SAÚDE, S. de E. de. **Acordo de Cooperação Técnica N07/20222/2022**. [S. l.]: Superintendência de Educação em Saúde, 2022. . Acesso em: 29 jul. 2022.

SOUSA, M. E. F. de *et al.* Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária: estudo ecológico. **Saúde e Pesquisa**, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 831–840, 24 nov. 2020.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 40, p. 204–218, mar. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://www.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4B9DF121\\_1\\_50&gp=0&lin=1&ll=1](http://www.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4B9DF121_1_50&gp=0&lin=1&ll=1). Acesso em: 14 nov. 2022.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S. l.], v. 44, p. e4, 6 jan. 2020.

WHO. **Declaration of Alma-Ata**. [S. l.]: World Health Organization, 1978. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>. Acesso em: 15 nov. 2022.

WHO. **Declaration of Astana**. [S. l.]: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-SDS-2018.61>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ZIRR, G. de M. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no município de Gramado/RS**. 2022. 34 f. Trabalho de Conclusão de Especialização – UFRGS, Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/249453>. Acesso em: 23 nov. 2022.